ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบลท่าเรือ

วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๕๙

๐๘/๒๕๖๐

เรียน นายก องค์การบริการส่วนตำบลท่าเรือ

ตามที่คณะกรรมการ **กองทุนสุขภาพตำบลท่าเรือ** ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการบริหารจัดการกองทุน ปี ๒๕๖๐** ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **กองทุนสุขภาพตำบลท่าเรือ** จำนวน **๔๖,๑๒๙.๐๐ บาท** (สี่หมื่นหกพันหนึ่งร้อยยี่สิบเก้าบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **กองทุนสุขภาพตำบลท่าเรือ** มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน **๓๗๕.๐๐ บาท** (สามร้อยเจ็ดสิบห้าบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสารหลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ๑ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน **นางสาวสุวิมล โตงกูล** จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเบิก
(นายบัณฑิต เลขะกุล)
ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ ๑๕๘,๐๒๐.๗๘ บาท (หนึ่งแสนห้าหมื่นแปดพันยี่สิบบาทเจ็ดสิบแปดสตางค์)

ลงชื่อ .....
(นางสาวสุวิมล โตงกูล)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฯ
วันที่ 9 ธ.ค. 2559

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน ๓๗๕.๐๐ บาท
ลงชื่อ .....
(นางสาวอามินา กรมเมือง)
ผู้อำนวยการกองคลัง
วันที่ 9 ธ.ค. 2559

เรียน นายก
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ๓๗๕.๐๐ บาท
ลงชื่อ .....
(นายบัณฑิต เลขะกุล)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ
วันที่ 9 ธ.ค. 2559

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน ๓๗๕.๐๐ บาท
ลงชื่อ .....
(นายบาเสด ยาพระจันทร์)
นายก องค์การบริการส่วนตำบลท่าเรือ
วันที่ 9 ธ.ค. 2559

จ่ายเป็น Δ เช็คขีดคร่อม/ตั๋วแลกเงิน/ธนาณัติ Δ เงินสด (ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท)
Δ ทางธนาคาร
ธนาคาร ธกส.ท่าแพ
บัญชีเลขที่ ๐๑๐๗๕๒๔๒๙๕๗๕
เลขที่เช็ค ... 1133231 3 ลงวันที่ 14 ธ.ค. 2559
จำนวนเงิน ๓๗๕.๐๐ บาท (สามร้อยเจ็ดสิบห้าบาทถ้วน)
จ่ายให้ นางสาวสุวิมล โตงกูล

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายบาเสด ยาพระจันทร์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ
ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายอิบรอเฮม อุพัมมา)
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ๓๗๕.๐๐ บาท
ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (๑)
(น.ส. สุวิมล โตงกูล)
ตำแหน่ง ผอ. กองสาธารณสุขฯ
ลงชื่อ - ผู้รับเงิน (๒)
(-)
ตำแหน่ง
วันที่ 14 ธ.ค. 2559

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๓๗๕.๐๐ บาท
ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอามินา กรมเมือง)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองคลัง
วันที่ 14 ธ.ค. 2559

หมายเหตุ (๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ
หมายเหตุ :ค่าเลี้ยงรับรองการประชุมคณะกรรมการ จำนวน ๑ ครั้ง จำนวน ๑๕ คน (สำรองจ่าย)